

DATOS DEL PACIENTE			
CIP		DNI	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono:
Domicilio	Código postal y localidad		Provincia
DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA			
Nombre y apellidos(si fuese el propio titular,indíquese "el mismo")		DNI y relación con el titular	
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impreso cumplimentado de la solicitud de la prestación. ▪ Informe de la patología del paciente y de la intervención quirúrgica realizada por Cirugía Maxilofacial. ▪ Estudio y presupuesto del tratamiento de ortodoncia._ ▪ Tarjeta sanitaria del Servicio Extremeño de Salud. 			
Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.			
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL SOLICITANTE, padre/madre/tutor/tutora	
INFORME DE LA DIRECTORA/A DE PROGRAMAS DE SALUD BUCODENTAL			
Vista la presente solicitud y la documentación aportada, se emite informe			
FAVORABLE			
DESFAVORABLE, por			
<p>Mérida, a.....de.....de.....</p> <p>LA DIRECTORA DE PROGRAMAS DE SALUD BUCODENTAL</p> <p>Fdo: M.^a Dolores Zapata Carrasco</p>			

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

“Vista la presente solicitud, los informes emitidos y los antecedentes oportunos, así como la normativa aplicable, se acuerda:

Su aprobación, por reunir los requisitos exigibles, concediendo la cantidad de:

1ª Fase..... Euros
2ª Fase..... Euros

Su Denegación, por.....

Mérida a.....de.....de.....
LA DIRECTORA DE PROGRAMAS
DE SALUD BUCODENTAL

Fdo. M.^a Dolores Zapata Carrasco